

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THESE

N°

1353

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Claude LEMARINIER

Né le 16 Décembre 1912, à Fresney-le-Puceux (Calvados).

TUBERCULOSE ULCÉREUSE
APPAREMMENT PRIMITIVE
DE LA VULVE

(PRIMO-INFECTION TUBERCULEUSE PAR CHANCRE
D'INOCULATION VULVAIRE)

Président : M. MONDOR, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
1940

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Claude LEMARINIER

Né le 16 Décembre 1912, à Fresney-le-Puceux (Calvados).

TUBERCULOSE ULCÉREUSE
APPAREMMENT PRIMITIVE
DE LA VULVE

(PRIMO-INFECTION TUBERCULEUSE PAR CHANCRE
D'INOCULATION VULVAIRE)

Président : M. MONDOR, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE FOULON

29, Rue Deparcieux, 29

1940



LE DOYEN ... TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutiques générales	BAUDOIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY- RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
	LEREBOULLET.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNEO.
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GREGOIRE.
	LENORMANT.
	VELTER.
Clinique ophtalmologique	CHEVASSU.
Clinique urologique	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre Duval.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte ..	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-sociale	N...
	HAZARD.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	GIROUD	Histologie.
BARIETY	Pathologie médicale.	HALPHEN	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne).	Pathologie médicale.	HAGUENAU	Oto - rhino - laryngologie.
BESANÇON (Justin).	Hydrologie.	JOANNON	Hygiène.
BONNET	Bactériologie.	LACOMME	Obstétrique.
BOULANGER	Chimie.	LANTUEJOUL ..	Obstétrique.
BOULIN	Pathologie médicale.	LAVIER	Parasitologie.
BROUET	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	LENEGRE	Pathologie expérimentale.
CACHERA	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.	Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
COSTE	Pathologie médicale.	MARCHAL	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger).	Urologie.	MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
DELARUE	Anatomie pathologique.	MOLLARET	Pathologie médicale.
DELAY	Pathologie médicale.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DEGREZ (H.)	Physique.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
DESOILLE	Médecine légale.	PETIT - DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.
DIGONNET	Obstétrique.	RENARD	Ophtalmologie.
DOGNON	Physique.	RICHET	Physiologie.
FEVRE	Pathologie chirurgicale.	SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
FUNCK - BRENTANO.	Pathologie chirurgicale.	SICARD	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.	SOULIE	Pathologie médicale.
GARCIN	Pathologie médicale.	SUREAU	Obstétrique.
Mlle GAUTHIER-VILLARS.	Anatomie pathologique.	TURPIN	Pathologie médicale.
DE GENNES	Pathologie médicale.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

PCUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Obstétrique.	LE LORIER	Obstétrique.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.	NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.
GUENIOT	Pharmacologie.	VAUDESCAL	Obstétrique.
HEITZ-BOYER ..	Pathologie chirurgicale.	HUGUENIN	Anatomie pathologique.
PIEDELIEVRE ..	Médecine légale.		

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS
DE CLINIQUE ANNEXE
A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE .		BASSET	
BRULE		BROCO	
CATHALA		CADENAT	
CHABROL		FEY	
CHEVALLIER ..		GATELLIER	
DONZELOT		de GAUDART ..	
DUVOIR	Clinique	d'ALLAINES ..	Clinique
GASTINEL	médicale.	LEVEUF	chirurgicale
LAROCHE (G.) .		MOULONGUET ..	
LIAN		MOURE	
MOREAU		QUENU	
SEZARY ..			

MM.	
EGALLE	
METZGER	
PORTES	
VIGNES	

Clinique
obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MONDOR
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien des Hôpitaux
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le grand hon-
neur de bien vouloir accepter la
présidence de cette thèse.*

A MA GRAND-MERE

A MA MERE

A MON PERE

Faible témoignage de mon affection et de ma reconnaissance.

A MON FRERE ET A MA BELLE-SŒUR

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A TOUS MES CAMARADES D'INTERNAT

A MES MAITRES
A L'HOPITAL DE VERSAILLES

MONSIEUR LE DOCTEUR REMILLY.

MONSIEUR LE DOCTEUR VERNIER.

MONSIEUR LE DOCTEUR MANGER.

MONSIEUR LE DOCTEUR GAUTIER.

MONSIEUR LE DOCTEUR GRESSET.

MONSIEUR LE DOCTEUR BESNARD.

A MES MAITRES
A L'HOPITAL DE CAEN

MONSIEUR LE PROFESSEUR LECORNU.

MONSIEUR LE PROFESSEUR VIGOT.

MONSIEUR LE PROFESSEUR MORICE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHAPERON.

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUIBE.

Tuberculose ulcéreuse apparemment primitive de la Vulve

(Primo-infection tuberculeuse par chancre d'inoculation vulvaire)

HISTORIQUE

C'est dès 1849 que HUGUIER, dans un gros travail paru dans les Mémoires de l'Académie Nationale de Médecine, groupait sous le titre « Esthiomène ou dartre rongeante de la région ano-vulvaire » les affections vulvaires diverses aiguës ou chroniques, hypertrophiques ou ulcéreuses qu'avec grand mérite il soupçonnait déjà d'être d'origine tuberculeuses. Toutefois ce sont les recherches anatomo-pathologiques de CAYLA en France et de WINCKLE en Allemagne qui en 1881 établissaient la nature nettement spécifique de certaines ulcérations vulvaires apparues chez des tuberculeuses avérées. En 1882, KOCH découvrait le bacille de la tuberculose et dès l'année suivante, CORNIL et BABES publiaient à la Société anatomique l'observation d'une malade apparemment indemne de toute tuberculose viscérale et qui présentait des ulcérations vulvaires dans lesquelles le bacille de KOCH put être

identifié. En 1885, l'inoculation au cobaye d'un fragment de lésion prélevé par biopsie permit à DESCHAMPS d'établir la nature indiscutablement tuberculeuse d'une ulcération de la vulve .

Deux ans plus tard (1887), la thèse de VALLAS groupe tous les faits de tuberculose cutanée publiés jusqu'alors, et sur 32 observations de tuberculose ulcéreuse, 2 concernent la région vulvaire; puis, la même année, DARIER fixe de façon précise les caractères à exiger d'une lésion cutanée pour lui attribuer à juste raison une origine tuberculeuse.

Toutefois, si l'on connaissait dès cette époque l'origine exogène possible d'une ulcération tuberculeuse ce fut le mérite de SCHENCK dès 1869, dit BATAILLER, et de RENAUD, en Suisse en 1904 de recueillir et de publier les premières observations de primo-infection tuberculeuse par chancre d'inoculation vulvaire.

Mlle BONNIN en 1904 dans sa thèse, puis M. BENDER s'inspirant de ce travail en 1906, réunissent 32 observations de lésions tuberculeuses de la vulve qu'ils groupent en formes ulcéro-hypertrophiques ou ulcéreuses pures, les plus fréquentes, et en formes hypertrophiques non ulcéreuses (3 cas incontestables seulement).

En 1915, la monographie de BULKLEY en Amérique rassemble 72 observations de lésions tuberculeuses authentiques de la vulve de formes très disparates,

mais distingue aussi avec beaucoup de justesse les tuberculoes vulvaires aiguës des tuberculose vulvaires chroniques.

Depuis, il faut encore citer les travaux français de ROEDERER (1928), de ROCHAT (1929), ce dernier présentant pour nous un intérêt particulier puisqu'il soulève la question importante des superinfections tuberculeuses ou des « pseudo-complexes primaires » à propos d'inoculation tuberculeuse de la vulve par contact sexuel comme notre observation nous en fournit l'exemple bien intéressant.

Il nous reste à citer encore les travaux parus en 1932 de FERNANDEZ, de NICOLAU et BLUMENTHAL qui apportent quelques faits intéressants et des recherches expérimentales et bactériologiques sur la question des tuberculoses vulvaires. La thèse de BATAILLER à Lyon, inspirée par GATE et parue en 1935 est une mise au point de la question autour d'une observation nouvelle de forme ulcéreuse chancrelliforme d'un diagnostic particulièrement difficile, et qui s'accompagnait d'un érythème noueux. En 1936 paraît un rapport extrêmement intéressant de Paul CHEVALLIER dans le Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie, sur les ulcères chroniques de la vulve et du même auteur, en collaboration avec M. COLIN, A. KAPLAN et ORINSTEIN l'observation d'inoculation tuberculeuse vulvaire d'une jeune mariée.

HELLESTROM de Stockholm apporte à son tour à la Réunion dermatologique de Lyon du 23 avril 1937, une forte remarquable observation de « petite ulcération vulvaire et bubon strumeux d'origine tuberculeuse » par contamination conjugale.

Enfin, à propos de deux observations de tuberculose ulcéreuse de la vulve apparemment primitive, GATE et MICHEL de Lyon reprennent en une belle revue générale sur la Tuberculose vulvaire, publiée en Août 1938 dans les Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, tous les cas existants.

ETUDE CLINIQUE

FRÉQUENCE.

Si la tuberculose vulvaire est une affection bien individualisée depuis longtemps, elle doit être une localisation tuberculeuse exceptionnelle, puisque les recherches bibliographiques n'en retrouvent que peu d'observations et que les traités les plus récents ne lui accordent que quelques lignes.

On a coutume, s'appuyant sur les statistiques de GEIL et de MOSLER, qui sur 45 cas de tuberculose utérine et 47 cas de tuberculose génitale ne rencontrent pas une seule localisation vulvaire, d'affirmer sa rareté. BULKLEY colligeant 8.000 autopsies trouve 62 cas de lésions génitales tuberculeuses et note l'intégrité constante de la vulve. X. BENDER ne signale qu'un seul cas de tuberculose vulvaire sur 385 cas de lupus tuberculeux. C'est ce que confirment aussi maints auteurs.

SIÈGE.

La localisation ne signale avec prédilection sur les grandes et les petites lèvres (BULKLEY dit 59 cas

sur 72) ; en générale unilatérale mais pouvant intéresser parfois l'orifice vulvaire en entier. Le clitoris est assez souvent atteint, l'orifice urétral aussi, (ROEDERER) ; HELLESTROM signale le siège de l'ulcération au niveau de la glande de Bartholin gauche. Dans notre cas et dans un cas de GATE et MICHEL, il s'agissait d'une localisation primitive de la fourchette. Cette commissure postérieure se trouve d'autres fois facilement intéressée par l'envahissement d'ulcérations tuberculeuses anales.

AGE.

La malade de CUEVALLIER qui avait 22 ans, la nôtre 25 ans, celles de GATE 19 et 25 ans, celle d'HELLESTROM 22 ans. Or la statistique de BULKLEY note bien la proportion certaine de femmes jeunes et même de fillettes (10 cas sur 72 âgées de moins de 5 ans). Dans ces derniers faits, cinq fois il s'agit de primo-infection vulvaire et ceci est intéressant à signaler en rapport avec les observations de CHEVALLIER, de GATE et MICHEL de BATAILLER et d'HELLESTROM et avec notre observation personnelle.

ETIOLOGIE — PATHOGENIE

Nous n'envisagerons pas ici les cas de tuberculisation secondaire de la vulve chez des tuberculeuses en pleine évolution (tuberculoses à sièges divers) ; ce qui nous intéresse, c'est que la tuberculose de la vulve peut être primitive et représenter la porte d'entrée de l'infection tuberculeuse. BULKLEY n'en signale-t-il pas 31 cas sur 72 ?

Les voies de contamination sont la voie exogène et la voie endogène. Pour prouver la voie exogène, la seule qui nous intéresse dans notre cas, POPOF et Mlle COROWITZ dès 1900 ont réalisé chez la lapine et la cobaye des lésions tuberculeuses de l'appareil génital en déposant sur le revêtement cutanéomuqueux des bacilles de Koch virulents ; mais il faut reconnaître que c'est à la vulve que l'inoculation est la plus difficile à réaliser. VERCHÈRE, BENDER ont insisté longuement sur l'importance du traumatisme ou de l'inflammation de la région vulvaire comme facteur indispensable chez la femme à la pénétration du bacille de Koch. De nombreux modes de contamination peuvent être en cause : les linges, les pessaires, les canules,

voire même la masturbation ont été incriminés. SCHENK rapporte l'observation d'une fillette de 4 ans, indemne de toute autre manifestation tuberculeuse qui présentait une ulcération de la petite lèvre, du clitoris, de l'urètre renfermant des bacilles de Koch. Une de ses camarades de jeux présentait une tuberculose pulmonaire ouverte et l'auteur admet la réalité d'une contamination par voie digitale. COHNHEIM fut le premier à soulever l'hypothèse d'une contamination par le coït. Il était logique de penser que le sperme des sujets atteints de tuberculose génitale et renfermant des bacilles de Koch, était susceptible d'inoculer la vulve de la partenaire. Des observations indiscutables ont été rapportées dans cet ordre d'idées par VERCHÈRE, GLOUCKNER et par FERNET; GAERTNER inocule les testicules de cobayes et de lapins avec du bacille tuberculeux et découvre que la femelle fécondée par eux présentait des lésions vaginales tuberculoïdes. D'ailleurs l'existence de lésions génitales masculines ne semble pas indispensable pour la réalisation de cette contamination vulvaire. VERNEUIL le premier, soutint que le sperme de sujet atteint de tuberculose pulmonaire, à l'exclusion de toute localisation génitale, pouvait être contaminant. SPANO tuberculise le cobaye avec du sperme de sujet mort de tuberculose pulmonaire. LEDOUZY et MARTIN arrivent aux mêmes résultats avec le sperme d'un phtisique vivant.

Tels sont les différents modes de contamination les plus fréquemment en cause. Il en est probablement beaucoup d'autres, certains même empreints d'une certaine originalité, ainsi qu'en témoigne l'observation suivante de AMMER citée par VEYRAT : une femme absolument saine auparavant, contracte une tuberculose vulvaire après son mariage avec un tuberculeux pulmonaire qui avait coutume avant le coït, de lubrifier sa verge avec sa salive.

La réaction de l'organisme à cette inoculation exogène ne sera pas toujours la même. Si ce dernier était vierge de toute infection tuberculeuse, il en résultera un véritable complexe primaire cutané caractérisé par la présence d'un chancre d'inoculation au point d'entrée du bacille et d'une adénopathie inguinale satellite. Ce complexe primaire représente selon la conception de RANKE la première phase de l'infection tuberculeuse pendant laquelle s'élabore la sensibilisation allergique de l'organisme. Il y a là quelque chose d'absolument comparable au chancre d'inoculation de la syphilis. Si au contraire, l'organisme était imprégné déjà par le bacille de Koch, la réaction tissulaire sera toute différente; nous assisterons au développement, soit d'une tuberculose anatomique, soit d'une tuberculose verruqueuse avec des modalités anatomo-cliniques que nous retrouverons plus loin. Mais c'est là une notion sur laquelle nous tenons à insister d'em-

blée, cette superinfection tuberculeuse peut, dans certains cas, ainsi que l'a montré ROCHAT, chez des adolescents et des adultes, guéris de leur primo-infection au point de paraître indemnes de tuberculose, réaliser à s'y méprendre le complexe primaire vrai. C'est ce que l'on entend sous le nom de pseudo-complexe primaire cutané. A l'appui de sa thèse, ROCHAT cite le cas d'une jeune femme, ayant présenté dans l'enfance des signes indiscutables de bacillose, qui fut atteinte après le premier rapport sexuel, d'une ulcération tuberculeuse de la vulve avec adénopathie bacillaire inguinale bilatérale. Son mari était atteint d'épididymite tuberculeuse et présentait dans l'urine des bacilles de Koch. Le traumatisme de la défloration est invoqué par l'auteur dans ce cas particulier comme un facteur ayant favorisé la contamination. Ce mode de contamination exogène par hétéro-inoculation explique la plupart des cas de tuberculose vulvaire primitive.

FORMES ANATOMO-CLINIQUES

Il est classique d'adopter la classification clinique de BULKLEY qui distingue les cinq formes suivantes :

Forme ulcéreuse;

Forme ulcéro-hypertrophique;

Forme hypertrophique pure;

Fistules et abcès;

Lupus de la vulve.

C'est la première seule que nous décrirons, puisque ce fut celle que nous constatâmes chez notre malade.

Elle est semblable à celle observée sur un territoire cutanéomuqueux quelconque. Niée par certains auteurs, BULKLEY en réunissait cependant 24 cas et c'est dans cette catégorie que rentrent les observations de CUEVALLIER, de GATE, d'HELLESTROM et la nôtre.

Dans les formes classiques, les ulcérations sont uniques ou parfois multiples. Leurs bords sont déchiquetés, parfois taillés à pic. Le fond rougeâtre est recouvert de granulations jaunes ou grisâtres; parfois il y adhère un pus jaunâtre.

Ces ulcérations siègent avec prédilection sur les

grandes et les petites lèvres ainsi qu'au pourtour de l'urètre. Les troubles fonctionnels sont en général peu marqués : peu douloureuses spontanément, les ulcérations sont sensibles au moindre contact et interdisent le coït. En même temps que l'ulcération peut apparaître une adénite inguinale satellite dûe aux bacilles de Koch ou à des microbes associés. Mais ainsi que nous le verrons, l'aspect peut être très différent. Dans l'observation d'HELLESTROM, le tableau clinique était celui de la maladie de NICOLAS-FAVRE, dans une de GATE, celui de l'infection chancreuse.

Ces lésions peuvent évoluer de façon très variable.

Dans le cas le plus favorable, l'ulcération peut se stabiliser et se cicatriser en quelques semaines. S'il existait une adénite, celle-ci peut disparaître sans laisser de traces ou, si elle s'était ouverte, en laissant une petite fistule qui ne tarde pas à se tarir. Dans les cas les plus graves, on peut assister à une extension rapide de la lésion et la mort peut résulter, au bout d'un laps de temps plus ou moins long, d'une généralisation bacillaire (cas de GONNET 1936 et de GATE), ou même d'une septicémie infectieuse dûe aux spirilles ou autres germes secondaires (BRAULT).

Cependant une éventualité aussi rare est plutôt exceptionnelle et, en général, l'évolution se fait vers la chronicité. C'est dans ce cas qu'un processus hypertrophique vient bientôt s'associer à des processus ul-

céreux proprement dits pour réaliser la forme clinique ulcéro-hypertrophique qui passe pour la plus fréquente.

A la suite de ces quelques considérations très générales, nous aborderons maintenant l'étude de notre observation personnelle.

OBSERVATION

Mlle X... Artiste peintre et graveuse, âgée de 25 ans, rentrant de vacances en pleine santé, se réveille un matin, *le 30 septembre 1935*, avec une douleur dans l'aîne gauche où en palpant, elle découvre un ganglion gros et sensible. Dans la matinée de ce même jour, elle a une syncope de quelques instants. Toutefois, obligée de s'absenter trois ou quatre jours de Paris pour des raisons de famille, elle refuse de remettre son voyage, et bien que mal à l'aise part le soir même. Le lendemain, elle souffre toujours, vers le soir elle se sent fiévreuse, mais n'ayant pas de thermomètre, ne prend pas sa température. Dans l'aîne droite, elle constate alors qu'il existe un ganglion gros et douloureux. Elle passe encore deux jours ainsi, fiévreuse, gênée dans la marche par les tuméfactions bilatérales des aînes, et le troisième jour se plaint d'avoir mal à la gorge. Comme le temps est pluvieux, elle pense avoir pris froid à la campagne.

Rentrée à Paris le 23 au soir, elle fait appeler son

médecin le lendemain matin parce que la température est de 38°5 au réveil et qu'elle souffre de la gorge.

A l'examen apparaît en effet une angine rouge bilatérale, avec grosses amygdales et ganglions cervicaux baux. Il n'existe aucun signe anormal de l'appareil respiratoire. La malade attire aussi l'attention sur la douleur qu'elle ressent dans les deux aînes. Il existe là à peu près symétrique, une adénopathie inguinale plus marquée à droite, formée d'un ganglion central, gros comme une petite noisette avec 2 ou 3 ganglions plus petits qui l'entourent. A gauche, on note seulement 3 ganglions nettement séparés l'un de l'autre. Cette adénopathie des deux côtés est dure, douloureuse également à gauche et à droite, fortement fixée sur les plans profonds, adhérente à la peau qui n'est absolument pas modifiée à son niveau, il n'existe aucune trainée lymphangitique aboutissant à ces ganglions et l'examen des deux membres inférieurs ne révèle pas la moindre excoriation cutanée récente ou ancienne.

En interrogeant cette jeune fille, on apprend qu'elle aurait remarqué depuis quelques jours un petit bouton sensible au toucher, au niveau de la vulve, mais comme elle a ses règles depuis le matin, et que d'autre part, la visite se passe devant la mère qui croit sa fille parfaitement sage, on ne peut pas pousser plus loin l'interrogatoire et l'examen.

Trois jours après, les signes généraux s'étaient amendés, la gorge avait repris son aspect normal. Seuls persistaient les ganglions douloureux de l'aîne.

Le 30 *septembre* on pouvait procéder à un examen gynécologique complet.

Dès la découverte de la vulve, on aperçoit au niveau de la fourchette une ulcération absolument médiane empiétant en bas sur le raphé. Cette ulcération a les dimensions d'une pièce de 0 fr. 50. Elle est rose avec un pourtour un peu plus foncé, plane, non suintante, les bords en sont nets, ni décollés ni surélevés. Au toucher il n'existe pas à proprement parler de base indurée, mais toute la portion sous-jacente à l'ulcération est comme infiltrée et cette infiltration déborde même largement la zone ulcérée.

L'examen du vagin est absolument négatif. Le col a un aspect parfaitement normal, pas de signe de métrite, pas le moindre écoulement cervical. Le toucher ne permet pas de constater d'anomalie des organes génitaux internes.

La palpation profonde des fosses iliaques va déceler une adénopathie rétro-crurale des deux côtés, mais plus marquée à droite. Du côté de l'anus, il n'y a rien de particulier à signaler et les deux articulations coxo-fémorales paraissent absolument normales.

Bien que la température soit maintenant à 37°, l'état de fatigue persiste avec ténacité.

Cette jeune fille a jusqu'à présent joui d'une admirable santé. Elle n'a eu dans sa vie que des maladies de l'enfance (rougeole, coqueluche, variole, oreillons) dans leur forme la plus bénigne. Elle a toujours vécu à Paris; sa sœur unique, ses parents n'ont jamais, eux-mêmes, été pour ainsi dire malades.

On apprend en outre, que les premiers rapports datent du 1^{er} août 1935 et la malade raconte que son partenaire présente depuis neuf mois une épididymite bilatérale qui a été étiquetée tuberculeuse, dit-elle, qu'en Octobre 1935 on l'a opéré à droite puis à gauche, qu'une fistulisation scrotale s'est produite à droite en février et à gauche 3 mois plus tard, mais comme les médecins qui le soignaient lui ont toujours affirmé qu'il n'était pas contagieux, les rapports ont eu lieu du 15 août aux premiers jours de septembre sans la moindre précaution.

Ayant en mains ces renseignements, on se contente alors de faire un simple frottis, pour examen direct du suc de l'ulcération vulvaire et de la sécrétion du col; ceux-ci ne donneront d'ailleurs aucune indication intéressante. Une coloration de Ziehl n'est pas pratiquée sur les lames.

On procède alors à des examens de laboratoire plus poussés : recherche des tréponèmes à l'ultra-microscope et par la coloration de Fontana-Tribondeau, réaction sérologique de la syphilis (B. W., Hecht, Kahn), recherche directe des B. K. et comme le médecin pense qu'il se trouve peut être en présence d'un chancre d'inoculation de lymphogranulomatose bénigne, il demande aussi un Frei. Tous ces examens sont pratiqués avec le plus grand soin et la plus grande obligeance par le Professeur Agrégé Henri BONNET, mais les réponses dans les jours suivants sont négatives sauf pour la réaction de Frei qui se montre légèrement positive.

Pendant ce temps un traitement banal de l'ulcération,

(poudrage à l'ectogan) amène sa régression rapide et sa guérison définitive le 17 octobre avec seulement persistance d'une légère infiltration sous-dermique à son niveau.

Pendant ce temps, toutefois, les ganglions inguinaux continuent à augmenter de volume des deux côtés ils perdent leur mobilité relative et leurs limites jusqu'ici assez précises et s'entourent peu à peu d'une gangue réactionnelle intense sans pourtant se ramollir et sans que la peau présente à leur niveau la moindre altération.

Comme l'état de la malade est redevenu maintenant parfaitement normal, elle renonce à se faire suivre et se contente d'un traitement interne de teinture d'iode et de Cytobiase.

A ce moment, l'examen clinique, l'aspect de l'ulcération et le laboratoire ayant permis d'écarter l'idée de la syphilis, on restait en présence de deux hypothèses maladie de Nicolas-Favre surprise à son tout début, en s'appuyant sur un Frei légèrement positif et une poradénite revenue peu à peu manifeste, ou, à cause des antécédents du partenaire et de son état actuel de suppuration, ulcération tuberculeuse de la fourchette. Mais les contaminations génitales directes passant pour très rares, niées même par certains, et la rapidité de cicatrisation de l'ulcération faisaient hésiter à porter ce diagnostic avec certitude. La biopsie de l'ulcération n'avait malheureusement pas été acceptée à temps et se trouvait maintenant inutile.

On comptait sur l'évolution des ganglions inguinaux pour faire le diagnostic exact de l'affection ou sur une

biopsie ganglionnaire admise et possible un peu plus tard.

Mais la malade disparut jusqu'à fin janvier 1936. Elle revint à ce moment pour faire constater que la masse inguinale droite avait grossi, que la peau avait rougi à son niveau et qu'en certains points il y avait un léger ramollissement.

Les ganglions rétro-cruraux n'avaient pas beaucoup changé de caractères et dans l'aîne gauche la régression de l'adénopathie était certaine.

Le 17 février on pouvait par ponction en un point retirer plusieurs centimètres d'un pus épais, granuleux, mais assez bien lié qui servit à inoculer au cobaye et à préparer un antigène de lymphogranulomatose (Docteur H. BONNET).

Une dizaine de jours après, la fistulisation se produisait par plusieurs orifices, sans caractères bien particuliers, et c'est alors qu'on institue un traitement de radiothérapie et de R. U. V. alternés. Pendant 4 mois, il fut poursuivi à l'hôpital Bichat à raison de plusieurs séries entrecoupées de périodes de repos et permit de constater très rapidement une diminution de la suppuration et la régression des trajets fistuleux jusqu'à la complète disparition fin août 1936.

Depuis la guérison s'est maintenue complète.

Mais entre temps, les cobayes sacrifiés deux mois après l'inoculation devaient présenter la plus belle démonstration de tuberculose expérimentale qu'on put constater.

Malgré cette étiologie maintenant affirmée, l'état général de la malade n'a jamais présenté aucun fléchissement, cette jeune femme, revue en *juillet* 1939 se porte parfaitement bien et a pu continuer un travail intensif sans accroc et sans précaution particulière.

Dans ce cas, la première question qui se pose est celle de savoir si l'on doit admettre ici l'existence d'un véritable « complexe primaire génital ». Sur le plan clinique, cette observation correspond exactement au syndrome de la primo-infection tuberculeuse cutanée : adénite importante ayant tendance à évoluer vers la nécrose, forte péri-adénite s'accompagnant des symptômes généraux d'une maladie infectieuse et surtout enfin, malade absolument indemne de toute infection tuberculeuse antérieure. L'âge de cette jeune femme ne s'inscrit point contre une telle hypothèse, puisque de nombreux adultes des grandes villes s'avèrent exempts de tuberculose et ne réagissent pas à la tuberculose. Une seule chose est à regretter comme pour le cas d'HELLESTROM, c'est que la cuti-réaction n'ait pas été faite avant l'apparition de la maladie.

Enfin, on peut supposer que si la malade n'avait pas présenté un terrain vierge de toute infection tuberculeuse préexistante, les rares bacilles de Koch déposés lors du coït eussent été sans doute insuffisants pour déterminer une réinfection tuberculeuse.

Des faits à peu près identiques ont eu lieu chez les autres malades dont nous avons retrouvé les observations dans la littérature et ceci nous permet d'insister sur l'existence d'une véritable tubercule génitale d'*origine vénérienne*. Un homme atteint de tuberculose latente ou avérée peut contaminer sa partenaire par la voie génitale. C'est une notion sur laquelle on n'insiste pas toujours assez, qui a même été contrôlée, et qui à notre sens mérite d'être mise en lumière.

Il faut bien reconnaître en effet, que la tuberculose tient une place tout à fait secondaire dans l'esprit du médecin ayant à établir un diagnostic d'ulcération génitale et que d'autre part après une période où toutes les adénopathies inguinales étaient étiquetées tuberculeuses, on a une tendance peut être exagérée à l'heure actuelle à les ranger dans d'autres infections, et particulièrement de la maladie de Nicolas Favre. Or les faits que nous rapportons permettent de les considérer comme d'authentiques lésions « vénériennes ». On pourra objecter qu'ils restent à la vérité exceptionnelle, mais mieux connus ils apparaîtront peut être plus fréquents, et il est possible de se demander si bien des cas n'ont pas été plus souvent qu'on ne le pense confondus avec des ulcérations vénériennes d'une autre origine.

C'est aussi le polymorphisme clinique des tuberculoses vulvaires qui explique les erreurs de diagnos-

tic. Dans notre cas comme dans celui de CHEVALLIER ou d'HELLESTROM, le diagnostic d'abord envisagé fut celui de la lymphogranulomatose; dans un de ses cas, GATE se croit en présence d'infection chancreuse. D'autre fois c'est la syphilis primo-secondaire qui se présentera à l'esprit. Naturellement pour éliminer ces divers diagnostics, des enquêtes approfondies devront être faites sur lesquelles nous ne pouvons pas insister (examen directs, réaction sérologique, intra-dermo réaction, biopsies, inoculations, etc...).

Il faudra aussi songer aux infections non vénériennes, fuso-spirillose par exemple; certaines vulvites diabétiques ou infectieuses (diphthérie) peuvent s'accompagner d'un processus érosif ou ulcéreux. Enfin il faudra savoir se souvenir éventuellement de l'existence de l'ulcère aigu de la vulve (bacillus crassus de Lipschutz) ou de l'ulcère simple chronique de la vulve de Clément Simon, individualisé sous le nom d'ulcère balistique par FOURNIER.

Le *pronostic* de cette affection, s'il est en général assez bon, demeure malgré tout réservé puisque dans deux cas nous avons vu survenir la mort et même de façon rapide. D'autre part la guérison obtenue, il faudra se souvenir qu'il s'est agi malgré tout d'une primo-infection tuberculeuse avec toutes les conséquences lointaines qu'elle peut entraîner.

Le *traitement* sera celui de l'ulcération pour laquelle on a préconisé divers caustiques chimiques.

Le chlorure de zinc en solution alcoolique au 1/3 en même temps que la teinture d'iode, aurait donné paraît-il d'excellents résultats. Sur les ganglions inguinaux la radiothérapie et les R. U. V. se montrèrent dans notre cas très efficaces.

CONCLUSIONS

I. — La tuberculose vulvaire primitive apparaît, jusqu'à présent, comme une localisation absolument exceptionnelle du bacille de Koch.

Nous n'avons pu, étant données les circonstances actuelles, pousser assez loin nos recherches bibliographiques, mais à la thèse de BATAILLER qui date de 1935, nous ajoutons aujourd'hui 5 nouvelles observations indiscutables, dont une qui est personnelle et inédite.

II. — Notre observation nous a paru intéressante à plusieurs points de vue.

Tout d'abord elle posait un problème diagnostic intéressant puisque l'aspect clinique, une réaction de Frei légèrement positive, les contacts sexuels précédant l'ulcération pouvaient un moment faire considérer cette ulcération comme la porte d'entrée d'une maladie de Nicolas Favre.

Elle permet en deuxième lieu, le diagnostic étiologique précis une fois affirmé, de discuter sur la réalité

de l'ulcération vénérienne tuberculeuse à laquelle il convient peut être de faire une plus grande place dans la nosologie des ulcérations vénériennes de la vulve.

Incidemment enfin, elle se rapporte à l'intéressante question des primo-infections de l'adulte et aux super-infections tuberculeuses qui aurait mérité d'être ici mieux précisée.

III. — Nous pensons enfin, que devant une ulcération vénérienne vulvaire, il convient de songer à sa nature tuberculeuse possible et d'essayer d'en faire la preuve par tous les moyens à notre disposition : examen clinique attentif, recherches bactériologiques, sérologiques, biologiques et anatomo-pathologiques.

Vu

Le Doyen :
TIFFENEAU

Vu

Le Président de la Thèse :
MONDOR

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
ROUSSY

Imprimé par R. FOULON
29, rue Deparcieux, Paris XIV
